

## O-3-50

### 地域包括ケアシステム時代に病院経営に貢献できる 退院支援体制の再構築

福井赤十字病院 地域医療連携課退院支援係<sup>1)</sup>、

福井赤十字病院 医療社会事業部副院長<sup>2)</sup>、

福井赤十字病院 地域医療連携課課長<sup>3)</sup>

○西岡 秀代<sup>1)</sup>、小松 和人<sup>2)</sup>、青柳 芳重<sup>3)</sup>

【はじめに】A病院の平成28年度全入院患者の高齢者の占める割合は62%であり、そのうち60.6%が高齢者世帯、家族の就労による介護力不足など退院困難な要因を有し、退院支援対象患者の入院期間延長の原因となっている。病院経営にとって、退院支援困難な要因を持つ患者の円滑な退院支援体制を構築することは重要であると考ええる。そこで退院支援加算1体制の定着を目的、地域医療連携課退院支援係が中心となり、院内・院外の連携を強化することで、退院支援の実施率をアップすることができたため、そのプロセスを報告する。【方法】7つの取り組みを実施した。1)各病棟へのMSW配置による退院支援体制の充実。2)退院支援における院内多職種役割と協力体制を明確化し、チームで取り組む体制を作る。3)退院支援体制の再構築を病院戦略目標活動の一つとして、全組織的な取り組みを行う。4)病棟看護師の退院支援推進者となる退院支援院内認定看護師の育成。5)連携保健医療機関との連携実務担当者による情報交換会の開催（データベース作成）6)在宅サービス担当者との情報交換会の開催（訪問看護ステーション、介護支援専門員との連携強化）7)医療・介護・患者家族連携による入院早期（7日以内）の退院支援計画協働立案システムの構築。平成27年度の退院調整加算体制と平成28年度の退院支援加算体制<sup>1</sup>の実績を比較した。【結果】退院支援実施率30.6%から50.9%（20.3%増）、算定率20.5%から41.5%（21.0%増）、退院支援患者の在宅復帰率78.1%から88.6%、平均在院日数24.7%から18.9%となり退院支援に関する移動額が増加した。【結論】院内・院外の連携を強化して、全組織的な取り組みと地域を巻き込んだ活動は有効である。

## O-3-52

### 退院支援加算の算定増に向けた患者総合支援セン ターの取り組み

唐津赤十字病院 患者総合支援センター

○柿木 伸也<sup>1)</sup>、神谷 和子<sup>2)</sup>、牧原りつ子<sup>3)</sup>、岩田 亜衣<sup>4)</sup>、肘井 和樹<sup>5)</sup>、松尾あすみ<sup>6)</sup>

【はじめに】全国赤十字病院の退院調整加算（平成27年4月～9月）の算定率が当院はワースト3であった。退院調整加算（現：退院支援加算2、以下退院加算）を算定するまでのフローチャートは存在したが、紙カルテで運用の統一や看護師に周知が徹底されず算定に結びついていなかった。そこで、患者総合支援センター退院支援部門の看護師長とMSWが中心となり現状把握や改善点の抽出を行った。平成28年8月～電子カルテ導入に伴い運用を構築したことで退院加算の算定増をみることで、課題もみえてきたので報告する。【方法】1.現状把握：MSWが主動で行っていたため、該当患者全員の退院支援計画書（以下計画書）作成ができていなかった。2.電子カルテ導入に伴いシステム化：退院加算算定までの進捗状況を可視化した。3.フローチャートの見直し：退院加算算定までの業務をMSWから病棟看護師に変更し、いつ、どこで、誰が、何を行うか明確にした。4.勉強会の開催：看護管理職や看護係長会の中で協議した。5.周知・徹底：退院支援カンファレンスの際に、1人1人病棟看護師に密着し指導を行った。【結果】退院加算の算定件数が平成27年度は45件であったが、取り組みを開始した平成28年度は717件と約16倍になり算定増をみることでできた。【考察】電子カルテ導入に伴い運用を構築し、フローチャートの見直しや周知・徹底を行ったことで退院加算の算定件数が一気に伸びた。特に看護師主動に働き出し運用できた点が主な要因だと考える。しかし、算定件数を増やすことが目的になっており、その後の支援に生かせているか課題が残った。患者総合支援センターが主となり、入院時に入院前の患者の情報把握を行うとともに、退院後、情報交換会を企画・実施し、質の向上に努めていく。

## O-3-54

### 地域包括ケア病棟を開設して、活動内容から1年 を振り返る

小川赤十字病院 看護部

○園部かおる<sup>1)</sup>、高山 弘子<sup>2)</sup>

【はじめに】平成26年4月より厚生労働省の診療報酬で、急性期医療とその後の亜急性期医療を充実させる目的で、地域包括ケア病棟が新設された。それを受け、当院では新病棟開設に合わせ、平成28年8月1日より地域包括ケア病棟を運用することとなった。運用し約1年が経つにあたり、活動を振り返り現状の課題を考察してみる。【現状】当院の地域包括ケア病棟の現状は、H28年8月1日からH29年4月30日までの在宅復帰率82.4%、平均在院日数25日となっている。病棟受け入れ患者の主な疾患は、誤嚥性肺炎、COPD増悪、腰椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折などである。活動内容は、自宅へ患者が安心して退院できるように、在宅復帰支援を行っている。また、ソーシャルワーカーをはじめ医療スタッフと適宜カンファレンスを行い、介護申請や社会資源活用に関する働きかけを行っている。家族支援としては、キーパーソンとなる家族と退院支援チームがカンファレンスを行い、問題解決に取り組んでいる。【問題点】以上のように取り組んでも、家庭環境が整わず退院が進まない事例や、退院先が決まらない事例、患者の意向と家族の意向が合わず退院できない事例などの問題が生じることがある。また、根本的な問題として、入院患者の高齢化と配偶者の高齢化があり、退院を延長することで問題解決をしようとする傾向がある。さらに、医師や院内スタッフが地域包括ケア病棟の運用基準を理解せずに転床を進めている現状もある。【課題】これらの事例から、患者・家族及び医師や院内スタッフにおいて、地域包括ケア病棟が「在宅復帰を目的とした病棟」という概念ではなく、「入院病棟」という概念でしかないことが考えられた。その概念を変えていくことが、今後の退院調整に変化を与え、適切な運用に導く鍵になるのではないかと考える。

## O-3-51

### 退院支援加算算定に向けた取り組み

名古屋第一赤十字病院 医療社会事業課<sup>1)</sup>、名古屋第一赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>、名古屋第一赤十字病院 医療情報課<sup>3)</sup>

○榎本 伸一<sup>1)</sup>、豊島幹一郎<sup>1)</sup>、大石真奈美<sup>2)</sup>、久保 敦史<sup>3)</sup>、久田 直彦<sup>3)</sup>

【はじめに】平成28年度診療報酬改定により新設された退院支援加算1・退院支援加算3に対応すべく院内協議を行い、従来の退院支援部門に加え、退院支援職員として主に看護師を病棟に配置し、H28年7月より算定を開始している。これにあたり、退院支援業務マニュアルを再検討するとともに、業務効率化のため、Filemakerを利用した退院支援スクリーニングシート運用、記録作成、業務統計、社会資源情報管理のデータベースを構築した。その内容を報告する。【方法】算定に必要な、患者の状況把握と退院困難な要因を有する患者の抽出、病状や退院後の生活を含めた患者及び家族との話し合い、病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員、退院支援部門のスタッフで行なうカンファレンス、退院支援計画書の作成等、一連の進捗状況管理や記録作成について電子カルテとFilemakerを連携させた。また、同Filemakerシステムで業務統計を行えること、さらには関係医療機関・施設・居宅サービス事業所の情報を管理し関係スタッフ間で共有できるよう工夫した。【結果】退院支援加算算定にかかる一連の業務をデータベース上で管理することで効率的な業務実施に繋がった。退院支援に係る算定件数は、H27年7月～H28年4月において2,289件、前年同期1,651件（退院調整加算・地域連携診療計画管理料）に対し630件、38.2%増加となった。退院に向けた支援の拡大ができたと考ええる。【考察】今回の取り組みにより退院支援対象者の拡大を図ることはできたが、入院患者総数から考えると、支援を必要とする患者全てに対応できていないと考えられる。更なる支援拡大を目指し、業務マニュアルを再検討したい。

## O-3-53

### 退院支援の充実と加算取得への取り組みと効果につ いての考察

仙台赤十字病院 医療社会事業課<sup>1)</sup>、仙台赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>

○広瀬 和之<sup>1)</sup>、岡崎 美紀<sup>1)</sup>、鹿股佳代子<sup>1)</sup>、四ノ宮康子<sup>1)</sup>、齋藤みや子<sup>2)</sup>、大棒 美香<sup>2)</sup>、加藤 千恵<sup>2)</sup>

【はじめに】平成28年の診療報酬改定により退院支援加算の算定方法が変更され、退院支援体制のより一層の充実が求められた。そのため、平成28年4月より退院支援部門体制の見直しを行った。この度、1年経過後の取組内容と加算取得状況について結果をまとめ考察した。【取組内容】退院支援加算1を取得するため退院支援部門へ退院支援担当の看護師が1名増員となり、各病棟への専従及び専任の退院支援担当配置基準が満たされた。病棟看護師の退院支援計画書作成の協力等を得て退院困難患者の3日以内の抽出を行い、毎日のラウンドにて早期面接の機会を設けた。病棟看護師や外部機関との適切な情報交換を行うため、週1回の病棟とのカンファレンスの実施や外部機関との連携の機会を増やすよう努めた。【結果】退院支援部門体制を見直し充実を図った結果、病棟看護師と退院支援担当者は退院支援が必要な患者の把握を容易にし、早期アプローチが可能となった。平成28年度の退院支援加算1の取得件数は2870件（前年比10%の増）、介護支援連携指導料は191件（前年比300%増）、退院支援加算3は177件（前年比210%増）であった。加算全体では20,252千円で前年の類似加算の合計と比較し11,900千円の増収となった。【考察】退院支援を充実強化したことにより、病棟看護師の退院支援に対する意識が向上した。また、算定件数も増加し増収効果も見られた。今後は患者さんがより一層安心して療養生活を送れるよう退院支援の質の向上へも着目し更なる充実を目指していきたいと考える。

## O-3-55

### 育児短時間勤務制度利用者を活用した退院支援看 護師の育成

広島赤十字・原爆病院 総合相談支援センター

○古吉美詠子<sup>1)</sup>、籠島 政江<sup>2)</sup>

【目的】「退院支援加算1」の取得に伴い、育児短時間勤務制度を利用する看護師（以下、育短看護師と略す）が退院支援の専従者として病棟へ配置された。全員退院支援は初心者であり、早急に退院支援看護師を育成する必要があった。以下に育成の実績を報告する。【実施】1）対象の背景は、退院支援を専従で担う、育短看護師10名。看護師経験年数平均10年、実践者ラダーレベル1取得。全員が育児復帰直後である。育成期間は平成28年4月から平成29年3月とした。退院支援はリーダーシップやマネジメント能力が要求されるため、有効な学習方法が課題となった。2）退院支援に関する基礎学習は、理論を可視化したマニュアルで退院支援の考え方や方法を学び、フローチャートを用いて、必要な情報をあてはめることから始め、退院支援に必要な思考の訓練を行った。3）経験を意味づけるための経験学習は、コルブの経験サイクルを用いて、日々の実践の振り返りや多職種で事例検討を行った。4）働くための環境整備については、退院支援業務の整理や退院調整部門の病棟担当者とのベアリングで相談しやすい体制を作った。また、「ママ友の会」は退院支援看護師の自主運営とし、癒しや体験を共有し成長を支え合う場とした。【結論】退院支援初心者の育成において、理論の可視化や枠組みを用いての思考の標準化は思考の訓練に有効であった。これを実践へと活用していくためには、実践を意味づける経験学習が効果的な学習方法であった。ことに、学習時間が限られる子育て中の育短看護師にとって、実践に即した有意義な学習方法であると結論づける。また、職場適応やモチベーションを維持する上で、語りの場や業務の支援体制の整備が重要である。